

CERTIFICATE OF DEATH (OVERSEAS) Acte de décès (D'Outre-Mer)					
NAME OF DECEASED (Last, First, Middle) <i>Nom du décédé (Nom et prénoms)</i> (b)(6)-4		GRADE <i>Grade</i>	BRANCH OF SERVICE <i>Arme</i> Iraqi Civilian	SOCIAL SECURITY NUMBER <i>Numéro de l'Assurance Sociale</i>	
ORGANIZATION <i>Organisation</i> Detainee in Iraq		NATION (e.g., United States) <i>Pays</i> Iraq	DATE OF BIRTH <i>Date de naissance</i>	SEX <i>Sexe</i> <input checked="" type="checkbox"/> MALE <i>Masculin</i> <input type="checkbox"/> FEMALE <i>Féminin</i>	
RACE <i>Race</i> <input checked="" type="checkbox"/> CAUCASOID <i>Caucasique</i> <input type="checkbox"/> NEGROID <i>Négride</i> <input type="checkbox"/> OTHER (Specify) <i>Autre (Spécifier)</i>		MARITAL STATUS <i>Etat Civil</i> <input type="checkbox"/> SINGLE <i>Célibataire</i> <input type="checkbox"/> MARRIED <i>Marié</i> <input type="checkbox"/> WIDOWED <i>Veuf</i> <input type="checkbox"/> DIVORCED <i>Divorcé</i> <input type="checkbox"/> SEPARATED <i>Séparé</i>		RELIGION <i>Culte</i> <input type="checkbox"/> PROTESTANT <i>Protestant</i> <input type="checkbox"/> CATHOLIC <i>Catholique</i> <input type="checkbox"/> JEWISH <i>Juif</i> <input type="checkbox"/> OTHER (Specify) <i>Autre (Spécifier)</i>	
NAME OF NEXT OF KIN <i>Nom du plus proche parent</i>		RELATIONSHIP TO DECEASED <i>Parenté du décédé avec le susdit</i>			
STREET ADDRESS <i>Domicile à (Rue)</i>		CITY OR TOWN AND STATE <i>(Include ZIP Code) Ville (Code postal compris)</i>			
MEDICAL STATEMENT <i>Déclaration médicale</i>					
CAUSE OF DEATH <i>(Enter only once cause per line)</i> <i>Cause du décès (N'indiquer qu'une cause par ligne)</i>					INTERVAL BETWEEN ONSET AND DEATH <i>Intervalle entre l'attaque et le décès</i>
DISEASE OR CONDITION DIRECTLY LEADING TO DEATH ¹ <i>Maladie ou condition directement responsable de la mort</i>		Atherosclerotic Cardiovascular Disease			
ANTECEDENT CAUSES Symptômes précurseurs de la mort.	MORBID CONDITION, IF ANY, LEADING TO PRIMARY CAUSE <i>Condition morbide, s'il y a lieu, menant à la cause primaire</i>				
	UNDERLYING CAUSE, IF ANY, GIVING RISE TO PRIMARY CAUSE <i>Raison fondamentale, s'il y a lieu, ayant suscité la cause primaire</i>				
OTHER SIGNIFICANT CONDITIONS ² <i>Autres conditions significatives</i>					
MODE OF DEATH <i>Condition de décès</i> <input checked="" type="checkbox"/> NATURAL <i>Mort naturelle</i> <input type="checkbox"/> ACCIDENT <i>Mort accidentelle</i> <input type="checkbox"/> SUICIDE <i>Suicide</i> <input type="checkbox"/> HOMICIDE <i>Homicide</i>	AUTOPSY PERFORMED <i>Autopsie effectuée</i> <input checked="" type="checkbox"/> YES <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> NO <i>Non</i> MAJOR FINDINGS OF AUTOPSY <i>Conclusions principales de l'autopsie</i>		CIRCUMSTANCES SURROUNDING DEATH DUE TO EXTERNAL CAUSES <i>Circonstances de la mort suscitées par des causes extérieures</i>		
	NAME OF PATHOLOGIST <i>Nom du pathologiste</i> (b)(6)-2 MAJ, MC, USA				
	DATE <i>Date</i> 28 Feb 2004		AVIATION ACCIDENT <i>Accident à Avion</i> <input type="checkbox"/> YES <i>Oui</i> <input checked="" type="checkbox"/> NO <i>Non</i>		
DATE OF DEATH (Hour, day, month, year) <i>Date de décès (l'heure, le jour, le mois, l'année)</i> 08 Feb 2004		PLACE OF DEATH <i>Lieu de décès</i> Tikrit, Iraq			
I HAVE VIEWED THE REMAINS OF THE DECEASED AND DEATH OCCURRED AT THE TIME INDICATED AND FROM THE CAUSES AS STATED ABOVE. <i>J'ai examiné les restes mortels du défunt et je conclus que le décès est survenu à l'heure indiquée et à la suite des causes énumérées ci-dessus.</i>					
NAME OF MEDICAL OFFICER <i>Nom du médecin militaire ou du médecin sanitaire</i> (b)(6)-2		TITLE OR DEGREE <i>Titre ou diplôme</i> Deputy Medical Examiner			
GRADE <i>Grade</i> MAJ		INSTALLATION OR ADDRESS <i>Installation ou adresse</i> Dover AFB, DE 19902			
DATE <i>Date</i> 13 MAY 04		(b)(6)-2			

DD FORM 2064
1 APR 77

REPLACES DA FORM 3565, 1 JAN 72 AND DA FORM 3565-R(PAS), 26 SEP 75, WHICH ARE OBSOLETE.